



Información facilitada por:

MANO DURA CONTRA EL SUFRIMIENTO

LA ESPECTACULAR EVOLUCIÓN DE LA ANALGESIA PERMITE UTILIZAR UNOS PROCEDIMIENTOS MENOS AGRESIVOS Y MÁS EFICACES



JOSÉ LUIS NÚÑEZ
RESPONSABLE DE LA
UNIDAD DE DOLOR Y
CUIDADOS PALIATIVOS

El dolor es una sensación negativa personal que acarrea sufrimiento y pérdida de valores positivos en la persona. Es diferente cuando el dolor se desarrolla en una circunstancia aguda o corta en el tiempo, y si además le encontramos una explicación razonable (accidente, intervención quirúrgica, etc.), que cuando es crónico. Es en este caso donde debemos actuar con energía, intentando buscar una solución definitiva, si es posible, y sino aplicando un tratamiento sintomático.

Según las estadísticas globales, una de cada cinco personas sufre dolores crónicos de moderados a fuertes y el dolor vuelve, a una de cada tres personas, incapaz de desarrollar una vida independiente. Y ello por no entrar en las repercusiones laborales y económicas que de un modo secundario acarrea. Frente al dolor se desarrollan respuestas psicológicas diversas, como ansiedad, ira, desesperanza y depresión, aunque no todos los pacientes desarrollan este comportamiento doloroso llamado síndrome de cronificación.

La cuestión de que el dolor siempre es subjetivo es muy importante y enfatiza que una variedad de factores diversos pueden causar o agravar el dolor, lo cual debe considerarse en su evaluación y tratamiento. En una unidad de dolor, el objetivo fundamental es el alivio del dolor crónico, que puede aparecer en el contexto de un enfermo oncológico o bien en

una patología no oncológica (antes mal llamada "benigna"). Hoy en día no hay grandes diferencias en el tratamiento analgésico en ambos casos ya que la utilización de opioides por vías no invasivas ha simplificado y generalizado el tratamiento del dolor. La mayor diferencia está en la intensidad del dolor, que en los procesos oncológicos suele ser más alta.

La analgesia ha evolucionado en el sentido de que cada vez se usan menos técnicas agresivas y, si hace 30 o 40 años la mayor parte de los pacientes requerían técnicas agresivas para conseguir disminuir la intensidad del dolor, hoy se han reducido mucho por diversas razones.

En primer lugar estaría la mejor y más difundida utilización de la

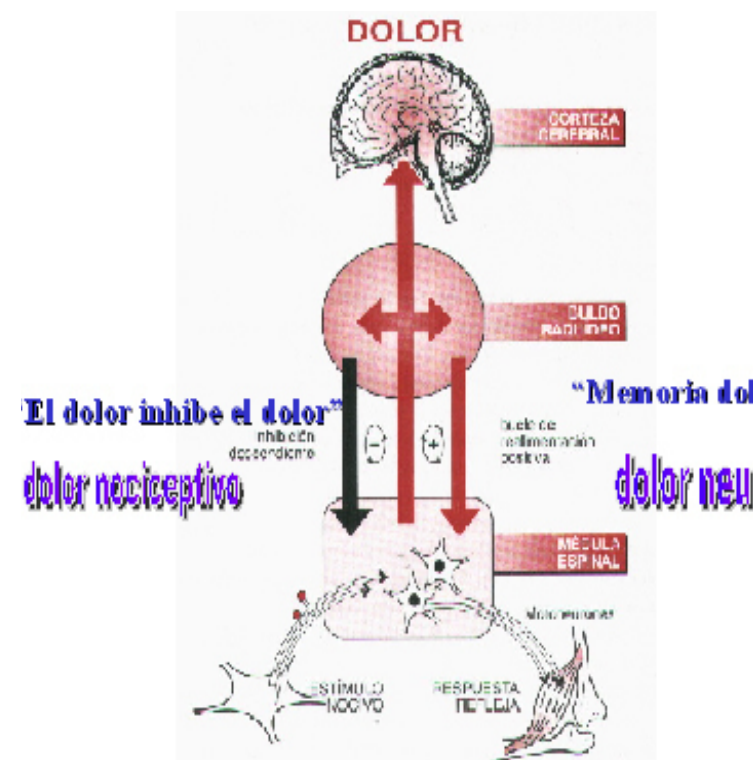
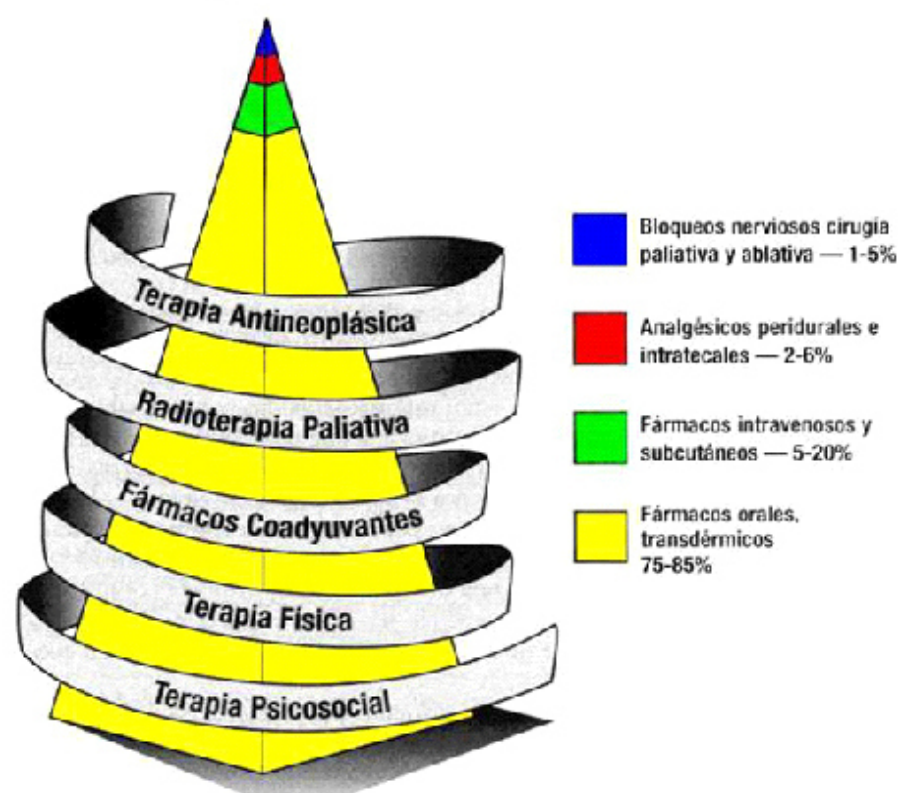
morfina y sus derivados, con vías de administración muy sencillas y poco agresivas (transdérmica, transmucosa, subcutánea, etc...). También hay que hablar de la instauración de tratamientos analgésicos cada vez más precoces, con el beneficio que aporta la analgesia preventiva, impidiendo el desarrollo de dolor 'fantasma' (aquel que perdura durante tiempo después

de que cese la causa inicial del dolor) durante mucho tiempo.

En esta relación tampoco hay que olvidarse de los avances tecnológicos en las distintas técnicas quirúrgicas de las especialidades médicas en las que hay más patología dolorosa crónica, como neurocirugía, traumatología, etc. Hoy se consiguen resultados quirúrgicos en estas áreas impensables hace unas décadas.

Otra característica es la dificultad en la familia para entender la situación de dolor crónico. En muchas ocasiones no se quiere o no se puede aceptar el diagnóstico y en

Estrategias en el manejo del dolor: Jerarquización



otras no existe una correlación clínico-radiológica, por lo que el enfermo se ve abocado a una situación de absoluta soledad, ya que en su entorno más íntimo pueden poner en duda su situación. Especialmente difícil de entender por la familia es la situación de dolor irruptivo (característico del dolor neuropático), en la cual un paciente previamente estable sufre un pico de dolor intensísimo en menos de 3 a 5 minutos que dura entre media y tres horas. De todas maneras, en la inmensa mayoría de casos el entorno familiar sirve de colchón emocional para estos pacientes.

En el tratamiento del dolor los opioides (fentanilo, morfina, oxicodona...) son fármacos imprescindibles para el tratamiento del dolor moderado a severo. Son fármacos injustamente tratados sobre los que circulan toda una serie de mitos sin ningún rigor científico, como que hay que retrasar al máximo su uso pues después no harán efecto. Algo absolutamente falso ya que si se tardan en usar al final se precisan dosis mayores por anular el estímulo doloroso. También son falsos mitos que causan adicción, en una terapia controlada no se han descrito casos de adicción; deprimen la respiración, algo falso, ya que sólo requieren un ajuste adecuado como cualquier fármaco que actúe en sistema nervioso central; que solamente funcionan si se pinchan en vena, cuando hay otras vías no invasivas que son tan rápidas y eficaces, o que el organismo se acostumbra a ellos y después se necesitan dosis más altas para el mismo dolor.

Todos estos mitos producen como consecuencia que el índice de consumo opioide en España no está a la altura de su nivel de desarrollo: hablamos de cifras entre un 40 y 60%, inferiores al consumo en los países vecinos. Esto significa que aún queda muchísimo camino por recorrer.
